

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 28

DU BOTRYOMYCOME DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4^{er} Décembre 1922.

PAR

Pierre-Louis-Raphaël-Adrien CHESNEAU

Médecin de 2^{me} Classe Auxiliaire de la Marine

Croix de Guerre

Né à L'Ile-Bouchard (Indre-et-Loire), le 16 Janvier 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. W. DUBREUILH, professeur	Président.
		PACHON, professeur.....	Juges.
		PETGES, professeur.....	
		DELAUNAY, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie Victor CAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 28

DU BOTRYOMYCOME DE LA LANGUE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4^{er} Décembre 1922

PAR

Pierre-Louis-Raphaël-Adrien CHESNEAU

Médecin de 2^{me} Classe Auxiliaire de la Marine

Croix de Guerre

Né à L'Ile-Bouchard (Indre-et-Loire), le 16 Janvier 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. W. DUBREUILH, professeur	Président.
		PACHON, professeur.....	Juges.
		PETGES, professeur.....	
		DELAUNAY, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	{ ARNOZAN. CASSAËT.	Zoologie et parasitologie	MANDOU.
Clinique chirurgicale		{ CHAVANNAZ. VILLAR.	Médecine expérimentale
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique ophtalmologique	LAGRANG.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	DENUCÉ.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	SABRAZÈS.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Anatomie	PICQUÉ.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	MOUSSOU.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Chimie biologique et médicale ...	DENIGES.
Physiologie	PACHON.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTÉ.
Médecine légale et déontologie..	VERGER.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUIL.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Pharmacie	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène appliquée.	BARTHE.
		Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	N....	Médecine générale.....	{ CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).		{ MICHELEA.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	{ R. SIGALAS (chargé)		{ ROCHER.
	N....	Chirurgie générale	{ DUVERGE.
Physique biologique et médicale...	RÉCHOU.		{ PAPIN.
Chimie biologique et médicale....	N...	Obstétrique.....	{ PÉRY.
	{ MAURIAC.		{ FAUGÈRE.
Médecine générale.....	{ LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRE.
	{ DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N....

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉROI.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie.....	RANGIER.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pathologie interne.....	GREYX.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
			ROCHER.
			GOURDO.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS LÉGER

DOCTEUR ÈS-SCIENCES, DOCTEUR EN MÉDECINE

PROFESSEUR DE ZOOLOGIE A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE

PROFESSEUR DE PARASITOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DIRECTEUR DE L'INSTITUT D'HYDROBIOLOGIE ET DE PISCICULTURE
DE L'UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

OFFICIER DU MÉRITE AGRICOLE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

CHARGÉ DU COURS DE VÉNÉRÉOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CROIX DE GUERRE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE SOUS-DIRECTEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'Université de Bordeaux, nous adressons nos respectueux remerciements à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux pour leur précieux enseignement et pour les conseils éclairés qu'ils nous ont donné au cours de nos études médicales.

Que M. le Professeur Petges, qui nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a toujours reçu avec la plus grande bienveillance, veuille bien accepter le témoignage de notre respectueuse gratitude. Nous n'oublierons jamais les conseils qu'il nous a donnés, les encouragements qu'il nous a prodigués et la sollicitude dont il a fait preuve à notre égard lors de la rédaction de ce travail.

Que M. le Professeur agrégé Rocher soit assuré que nous n'oublierons pas la bienveillante attention qu'il nous a portée lorsque nous étions dans son service.

M. le Docteur Mougneau, Chef du Laboratoire de Dermatologie, ne nous a ménagé, avec la plus grande amabilité, ni son temps, ni son savoir, nous l'en remercions vivement.

M. le Professeur W. Dubreuilh nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Modeste auditeur de son enseignement si simple, si précis, si vivant, nous l'assurons de toute notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

DU BOTRYOMYCOME DE LA LANGUE

INTRODUCTION

Encouragé par les conseils de notre Maître, M. le Professeur Petges, nous avons choisi pour notre thèse inaugurale ce sujet qui nous semble bien venir à son heure après l'important travail publié par le Docteur Torlais, à cette même Faculté, sous la haute et savante direction de M. le Professeur Sabrazès, travail auquel nous nous plaçons de rendre hommage et que nous aurons maintes fois l'occasion de citer. Nous désirons, et là se bornera notre ambition, que ces quelques pages apparaissent comme un modeste corollaire de cet important mémoire.

C'est le siège particulier de ce granulome qui a retenu immédiatement notre attention. Nous emploierons indifféremment les termes de granulome, bourgeon charnu, pour désigner ce botryomycome qui, dès 1899, s'est vu enlever tout caractère de spécificité par MM. Sabrazès et Laubie. Torlais, après une étude complète basée sur l'examen de nombreux cas, démontre que les botryomycomes ne sont que des modalités de granulome dont le staphylocoque ne paraît pas être chez l'homme le seul microbe en cause.

Nous présenterons d'abord les documents que nous avons pu recueillir : 2 observation inédites, l'une due à l'obli-

geance de MM. les Professeurs Petges et Rocher, l'autre due à l'obligeance de M. le Docteur Foussereau. Nous y ajouterons l'observation publiée par MM. Cunéo et Delamare (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1907) et celle rapportée par le Docteur Tussau dans le *Lyon Chirurgical*, 1918.

Après avoir indiqué l'aspect clinique de ces botryomycomes, insisté sur les causes occasionnelles, présenté l'étude microscopique de cette petite tumeur, nous aborderons la partie essentielle de notre travail : le diagnostic, diagnostic qui nous semble si important que nous lui avons consacré de longues pages, diagnostic de l'exactitude duquel découleront et le pronostic et le traitement que nous étudierons en dernier lieu.

Chemin faisant, nous noterons quelques remarques que nous auront suggérées soit l'étude clinique, soit l'étiologie, soit le traitement, remarques dues plutôt à l'organe si spécial où ces granulomes se sont développés, qu'à leur nature propre.

Quatre observations suffisent-elles pour fixer un type clinique et les conclusions que nous formulerons ne seront-elles pas prématurées ? Nous n'avons pas la prétention de faire une étude définitive, nous nous bornons à relater ce que nous avons vu, à discuter ce que nous avons lu et à en tirer des conclusions basées sur les faits. Ces tumeurs présentent des caractères communs, nous les avons réunis. Si, souvent, nous n'avons pas trouvé de signes différentiels bien nets, si nous n'avons pas décrit de signes pathognomoniques, nous ne croyons pas que l'étude d'un plus grand nombre d'observations nous les apporterait car, comme l'a si bien montré Torlais, le tissu de granulome se retrouve dans beaucoup de cas, il ne présente donc en lui rien de bien spécifique.

Notre but, plus modeste, ne vise qu'à attirer l'attention du praticien sur cette affection plus fréquente qu'on ne le pense, nous en sommes persuadé. Nous aurons d'ailleurs

l'occasion de revenir sur ce point. Nous ne voulons pas seulement nous donner la satisfaction, plus ou moins vaine parfois, de poser un diagnostic exact.

« Car à côté de la dangereuse erreur qui consiste à méconnaître une néoplasie maligne à sa première période, se place une autre erreur qui peut entraîner de redoutables conséquences, sinon vitales, du moins locales ; nous voulons parler de ces cas pour lesquels est porté le diagnostic de cancer, alors qu'il s'agit en réalité d'affections de nature bénigne. »

Ainsi s'exprimait tout dernièrement M. le Docteur Bercher (*Journal des Praticiens*, 18 mars 1922), en rapportant un cas de lésion bénigne de la langue, considérée comme cancéreuse.

Le granulome télangiectasique publié par MM. Cunéo et Delamare et dont nous rapportons l'observation, n'a-t-il pas été opéré par le Professeur Poirier comme Epithélioma !

OBSERVATIONS

Nous plaçons les observations en tête de cette étude parce que, abordant un sujet nouveau, nous allons du connu vers l'inconnu, en partant du malade pour arriver à une description clinique au lieu de partir d'une description clinique classique, qui d'ailleurs n'existe pas dans la circonstance, pour plier les observations à cette description.

OBSERVATION I. — MM. CUNÉO et DELAMARE. ⁽¹⁾

Granulome télangiectasique de la langue (pseudo-botryomycome.)

X..., âgé de 65 ans, présente sur le bord latéral gauche de la langue, à l'union du 1/3 antérieur et des 2/3 postérieurs, une petite tumeur bilobée, mamelonnée et de couleur lie de vin, qui saigne avec la plus grande facilité et repose par un pédicule court et grêle sur une plaque indurée de 25 millimètres de diamètre.

Partout ailleurs la muqueuse est intacte et la palpation du cou ne révèle pas l'existence du moindre ganglion.

Le malade nie tout antécédent syphilitique et raconte que, 4 mois auparavant, il s'est coupé la langue sur l'arête aiguë d'une dent cassée. La plaie consécutive à ce léger traumatisme n'a jamais guéri et son fond a progressivement bourgeonné.

En raison de l'âge du malade et des caractères objectifs de la tumeur, on pense à un épithéliome et, le 28 avril 1906, on

(1) CUNÉO et DELAMARE. — *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, 1907, p. 336.

pratique l'ablation du néo. et celle des ganglions sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens gauches.

La guérison est survenue rapidement sans incidents et, depuis, il n'y a pas eu la moindre récurrence.

Nous renvoyons l'exposé de l'examen anatomo-pathologique de cette tumeur au chapitre spécialement consacré à cette étude, page 23. Il en sera de même pour les autres observations.

OBSERVATION II. — M. TUSSAU. ⁽¹⁾

Botryomycomes de la main et de la langue.

Il s'agit d'un indigène présentant une « framboise » botryomycosique au niveau de la face dorsale du 1^{er} espace interdigital gauche, entre le pouce et l'index. D'autre part, un deuxième botryomycome en battant de cloche, pendant sur le bord latéral gauche de la langue. L'indigène ne se souvient pas d'avoir été piqué à la main — sans doute avait-il des crevasses, observa-t-il lui-même — mais, vers la fin des moissons, il remarqua l'excroissance au niveau de la main et fréquemment il la mordillait, la suçait, avant de se décider à y appliquer le pansement conseillé par une sorcière (une feuille de mico-coulier enduite de miel !). Une vingtaine de jours après l'apparition de la première excroissance, devenue comme une verrue rougeâtre sertie dans un godet de chair, survenait sur le bord latéral gauche de la langue une induration indolore rouge vif, lisse, grosse comme une lentille, puis un pois, et qui s'ouvrit au huitième jour, laissant un petit cratère du fond duquel monta, en moins d'une semaine, une excroissance d'un rouge luisant, pédiculisée en battant de cloche.

L'ensemble n'est douloureux que par effet caustique des

(1) M. TUSSAU. — *Lyon Chirurgical*, 1918, p. 241.

aliments, en règle générale très pimentés (poivre rouge, muscade, cumin, safran).

L'indigène songe enfin à consulter le médecin français, qui le débarrasse chirurgicalement de son pendentif et du premier botryomycome.

Ces différentes tumeurs avaient toutes ce caractère typique du bourgeon charnu enchâtonné dans les tissus voisins. La comparaison qui vient à l'esprit est celle en petit de la jeune orange vraie (l'amanite orange des Césars, comestible) au moment où elle n'a pas encore pu se dégager complètement de sa volve. Bref, c'est le botryomycome classique que vint confirmer le laboratoire.

OBSERVATION III. — Inédite.

(Due à l'obligeance de MM. les Professeurs PETGES et ROCHER.)

Botryomycome de la langue chez un enfant de 12 ans.

C... Joachim, 12 ans 1/2. Se présente à la consultation de l'hôpital des Enfants, porteur sur la pointe de la langue et à droite d'une petite tumeur charnue mûriforme, grosse comme un noyau de cerise, implantée sur la muqueuse par un pédicule court.

Ce bourgeon, de couleur rougeâtre, a son pôle supérieur recouvert d'un exsudat grisâtre. Sa consistance est ferme. La muqueuse du reste de l'organe est saine.

Ce bourgeon est saignant, tout attouchement, la mastication, provoquent une légère hémorragie vite arrêtée. Il n'est pas douloureux et n'est pas sensible au toucher.

Pas de ganglions. Bon état général.

Le début remonte à quelques semaines, ayant succédé à une écorchure de la langue et, depuis, ce bourgeon s'est accru régulièrement.

Diagnostic clinique : botryomycome.

Extirpation le 22 mai 1921, par M. le Professeur Rocher.

Anesthésie à la cocaïne au 1/300. Extirpation de la tumeur en passant au-dessous d'elle. Suture de la muqueuse par 3 crins de Florence. Guérison.

OBSERVATION IV. — Inédite.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur FOUSSEREAU.)

Botryomycome de la langue chez un homme de 45 ans.

M. M..., 45 ans, est porteur sur le bord gauche de la langue, à environ 2 centimètres de la pointe, d'une petite tumeur d'aspect charnu, semblable à une 1/2 noisette, saillante, à surface hérissée de petites élevures, reliée à la langue par un large pédicule.

De couleur rouge foncé, cette petite tumeur est recouverte d'un exsudat diphtéroïde que l'on ne peut enlever sans provoquer un léger saignement qui bientôt s'arrête de lui-même. D'ailleurs la mastication provoque facilement ces petites hémorragies, et le malade pour les éviter s'était mis de lui-même au régime des purées et potages.

Sa consistance est mollassse et il semble même que l'on arrive par la pression à réduire légèrement son volume. La muqueuse la recouvrant est adhérente, semble bien s'amincir et même disparaître au pôle supérieur de la tumeur recouvert par cet enduit membraneux déjà signalé.

Le pédicule repose sur une plaque indurée qui déborde de près de 1 centimètre chaque côté de la tumeur, mais plaque bien limitée. La muqueuse entourant le pédicule, de même que celle du reste de la langue, est normale : pas d'induration, pas de changement d'aspect, de coloration, si ce n'est une rougeur peut-être plus accentuée autour de la base d'implantation. La tumeur n'est pas sensible au toucher, pas de douleur spontanée. A signaler seulement les hémorragies fréquentes, ce sont plutôt de légers saignottements, et une sensibilité plus grande à la chaleur. Salivation un peu augmentée. Présence d'un ganglion sous-maxillaire gauche, roulant sous le doigt, non adhérent, non fluctuant, non douloureux, sans changement de coloration de la peau, ne gênant nullement le malade. Il est légèrement sensible à la pression.

Le début remonte à deux mois environ, époque à laquelle le malade se rappelle « s'être écorché » la langue sur un chicot à arête saillante, situé en face de la tumeur, et qui provoqua alors une légère hémorragie ; ensuite « agacement » de la

langue dit le malade qui, involontairement, fait « écorcher et saigner de nouveau » sa petite éraflure. La plaie ne s'est jamais cicatrisée et son fonds s'est élevé peu à peu depuis cette date, sans incommoder d'ailleurs son porteur.

Bon état général. Pas d'antécédents cancéreux. Pas de signes de syphilis. Pas de leucoplasie.

A signaler seulement dentition défectueuse : nombreuses dents cariées non soignées, gingivite tartrique. Manque absolu d'hygiène buccale et dentaire.

Extirpation. Guérison.

Le malade opéré en juillet 1919, revu plusieurs fois depuis et la dernière fois en janvier 1922, ne présentait aucune récédive ; la cicatrice était blanchâtre, à peine visible.

Étude clinique, analyse des observations.

Le botryomycome de la langue, s'il ne présente pas « cet aspect clinique typique » dont parle si justement Torlais, est cependant assez caractéristique pour attirer l'attention du médecin averti, sur son diagnostic.

Malgré cela nous verrons que même en négligeant la présence des ganglions, présence notée dans notre observation III, et l'existence de la légère induration de la base, cette forme en champignon, cette pédiculisation, ces hémorragies répétées, cette origine traumatique, cette indolence, cette évolution rapide qui en d'autres sièges sont si caractéristiques du botryomycome que « lorsqu'on a observé une tumeur de ce genre on a vu les autres », disait Poncet, ne sont à la langue nullement spéciaux au granulome et que, dans cet organe plus que partout ailleurs (1), épithélioma, sarcome, tumeurs bénignes et même certaines manifestations tuberculeuses et syphilitiques simulent parfois cliniquement un bourgeon charnu à tel point que seul un examen histologique permettra de poser le diagnostic exact.

Sexe. — Les 4 cas rapportés concernent des hommes. Ce fait corrobore les données de Torlais qui, dans l'examen de 108 cas de botryomycomes de siège divers qu'il a relevés, 66 atteignaient les hommes contre 42 seulement les femmes.

Age. — 3 cas concernent des adultes. La fréquence chez l'enfant des traumatismes légers siégeant aux mains, aux

(1) TORLAIS ne cite-il pas 3 cas de petites tumeurs de siège divers : face dorsale du pied, lèvre inférieure, talon, présentant les caractères cliniques de botryomycomes et qui se sont montrées au microscope de vrais épithéliomes.

lèvres, leur souillure si facile par les germes infectieux expliquent la fréquence de ces botryomycomes dans la première enfance, ainsi que l'a démontré M. Lalièvre, dans sa thèse (Bordeaux 1909). Bien au contraire chez les adultes, les traumatismes de la langue déjà plus fréquents, leur irritation répétée par une mauvaise dentition, l'abus du tabac, de l'alcool parfois et bien souvent l'absence d'hygiène buccale sont des facteurs favorisant l'éclosion de ces granulomes.

D'autre part ces causes occasionnelles, dont certaines semblent être l'apanage du sexe masculin, suffisent à expliquer pourquoi le botryomycome de la langue nous paraît être jusqu'à présent un privilège de ce sexe.

Siège. — Caractéristique dans les 4 observations : le bord de l'organe. N'est-ce pas ce bord en rapport constant avec les dents qui est sujet à des traumatismes répétés.

Début. — Varie de quelques mois à 15 jours (obs. II). Mais nous notons dans tous les cas que la tumeur croît progressivement. Cet accroissement régulier, de même que dans les observations de Bose et Abadie, de Delore, est dû à ce que des irritations répétées donnent un coup de fouet à la tumeur : chicots provocateurs, mastication, parole. En outre, le milieu buccal rendu septique favorise l'accroissement du bourgeon charnu.

Cet accroissement progressif, rapide, ne voyons-nous pas dans l'observation rapportée par le Docteur Tussau le botryomycome surgir de la muqueuse en moins d'une semaine, nous paraît être un caractère spécial au granulome lingual.

Caractères objectifs. — De couleur rouge violacé, sa surface est mamelonnée, granuleuse ; cette petite tumeur framboësiforme est parfois bilobée (obs. I). Elle se présente à la langue, comme sur le revêtement cutané, sous cette forme caractéristique en champignon qui avait frappé les premiers observateurs : une portion étalée reliée au tissu

sain par un pédicule plus ou moins rétréci, forme en battant de cloche, en pendentif, dit Tussau.

La muqueuse environnante est saine, quoiqu'il soit parfois possible de sentir un noyau induré, ne s'étendant guère au-delà de la base d'insertion, recouvert par une muqueuse un peu rougeâtre, bien délimité, indice du travail réactionnel entourant le pédicule. Sa consistance est charnue, élastique, réductible légèrement (obs. IV), caractère dû à sa grande richesse en formations vasculaires.

Volume. — Les observations relatées se rapportent à des tumeurs du volume d'une noisette environ, mais dans chaque cas l'extirpation est venue interrompre leur accroissement.

L'observation rapportée par Tussau nous montre un cas de botryomycome double, cas dans lequel la présence du botryomycome typique du doigt a certainement grandement facilité le diagnostic de la lésion linguale. Ce cas vient s'ajouter à ceux rapportés par M. le Professeur W. Dubreuilh : botryomycomes multiples siégeant au niveau des ongles (*Société Française de Dermatologie*, 8 déc. 1921), et par Juillard : 2 botryomycomes du médius droit.

Un des caractères de ces botryomycomes de la langue est l'absence de cette croûte hémato-purulente, croûte qui revêt habituellement les tumeurs semblables de la peau et des lèvres (lorsqu'elles siègent dans leur portion extra-buccale) et au-dessous de laquelle on trouve de la sérosité ou du pus d'infection secondaire. Dans le milieu buccal constamment humidifié par la salive et le mucus, cette croûte est remplacée par un exsudat blanchâtre plus ou moins hémorragique, facile à détacher, et sous lequel on aperçoit ces petits mamelons peu élevés et arrondis, rosés, faciles à faire saigner, donnant bien cet aspect de framboise.

Notons en terminant la présence (obs. IV) du côté malade d'un ganglion sous-maxillaire mobile, non douloureux, légèrement sensible à la pression.

Troubles fonctionnels. — Sont tout à fait bénins. Ces tumeurs étaient indolores tant spontanément qu'à la pression.

Elles inquiétaient leur porteur d'abord par la gêne qu'elles apportaient à la mastication, ensuite par ces petites hémorragies répétées s'arrêtant d'ailleurs d'elles-mêmes survenant soit pendant la mastication, soit pendant la parole par projection de la langue sur les dents.

Ces hémorragies que nous avons trouvées signalées dans 3 observations semblent présenter à la langue un caractère de fréquence qu'elles n'ont pas dans le botryomycome de la peau.

La structure histologique, en nous montrant l'abondance des vaisseaux néoformés, nous en donnera la raison; d'autre part, les petits traumatismes répétés que subira la tumeur toujours croissante enfermée dans la cavité buccale, se heurtant constamment aux dents, nous en expliqueront la fréquence.

Dans un cas (obs. IV) on a noté une salivation un peu augmentée.

Étiologie.

Nous croyons avoir suffisamment parlé, dans notre exposé clinique, du rôle joué par le traumatisme, porte d'entrée de l'infection, dans l'apparition du granulome de la langue, dans son accroissement, et nous n'insisterons pas sur ce point d'étiologie d'ailleurs classique aujourd'hui.

Pourquoi cette rareté à la langue, région cependant exposée aux traumatismes divers : morsures, ulcérations dentaires, aphtes, brûlures, créant ainsi autant de portes d'entrée aux microbes de la flore buccale si riche ?

Probablement parce que, contrairement aux régions de prédilection du botryomycome : face palmaire des doigts, joues, lèvres, cuir chevelu, régions où « la peau se cicatrise mal, le travail de réparation est mal fait, l'épiderme reste en quelque sorte inerte et le bourgeon charnu, au contraire, pousse activement et peut faire saillie au dehors » (Torlais), la langue est un organe où les plaies se cicatrisent facilement et rapidement. La muqueuse buccale baignée par la salive, imprégnée de mucus, donnant asile aux microbes saprophytes antagonistes des pathogènes, forme, selon l'expression de A. Besson, un mur vivant qui répare lui-même ses brèches (Pont).

Aussi pensons-nous qu'à côté de l'effraction de la muqueuse nécessaire, de la porte d'entrée de l'agent pathogène, à côté de la persistance de l'irritation, une autre condition doit être réalisée : c'est la rupture de ce que Lebedinsky a si judicieusement appelé l'équilibre biologique buccal, rupture grâce à laquelle les microbes patho-

gènes du milieu buccal cessant de vivre à l'état saprophytique, envahissent la plaie, les tissus, s'y développent et en empêchant la cicatrisation forcent ces derniers à se défendre en faisant du tissu de granulation aboutissant à un véritable bourgeon charnu.

Cette altération du milieu buccal n'en trouvons-nous pas la cause au moins dans deux cas, dans l'existence des lésions dentaires. Il est incontestable également que l'abus du tabac (plus particulièrement de la pipe), de l'alcool, jouent un rôle de même ordre.

Anatomie pathologique.

Nous avons cru utile de rappeler quelques particularités anatomiques et histologiques de la langue, qui nous aideront à mieux comprendre certains caractères présentés par ces tumeurs.

La langue est un organe essentiellement musculaire recouvert d'un étui muqueux.

De la musculature de la langue, nous ne retiendrons que la disposition si particulière des faisceaux musculaires qui viennent s'attacher directement et étroitement à la face profonde du derme, sur les bords et sur le dos de l'organe, rendant ainsi la muqueuse très adhérente et nous expliquant la tendance non seulement du granulome mais de certaines autres néoformations de la langue à s'énuccléer, à se pédiculiser. Aussi ce caractère de pédiculisation, typique lorsqu'il s'agit de granulomes cutanés, perd à la langue beaucoup de sa valeur semeiologique et sera de peu d'utilité pour le diagnostic différentiel.

La muqueuse linguale, d'origine ectodermique rappelons-le, présente d'étroits rapports avec le tégument externe.

Sa faible résistance au niveau des bords, à la pointe où elle se laisse facilement déchirer, nous explique la fréquence des ulcérations en ces points, d'ailleurs exposés aux traumatismes, où nous avons vu siéger les botryomycomes.

Enfin la large vascularisation de la langue nous expliquera l'extrême richesse en vaisseaux du granulome, sa légère réductibilité constatée une fois, et surtout le caractère nettement hémorragique de ces bourgeons charnus.

OBSERVATION I. — (MM. CUNÉO et DELAMARE.)

Granulome télangiectasique, pseudo botryomycome.

Au microscope on constate que cette néoplasie est constituée par un tissu conjonctif embryonnaire extrêmement riche en vaisseaux capillaires. Le tissu conjonctif est infiltré de mucine et totalement dépourvu de fibres élastiques. Il est très riche en cellules fixes. Par places on observe des éléments remarquables soit par leur multiplicité soit par le volume de leurs noyaux qui sont ovoïdes ou quelque peu bourgeonnants. Les karyokinèses sont très fréquentes ; tantôt on les observe sur les éléments conjonctifs péri-vasculaires, tantôt on les constate sur les éléments de l'endothélium vasculaire. Dans les mailles du réticulum conjonctif, il n'est pas rare de trouver des hématies isolées ou groupées par petits amas.

Par contre les éosinophiles, les mastzellen sont exceptionnels et les plasmazellen font absolument défaut. La couche superficielle de ce granulome est constituée par la trame nécrosée de l'épithélium lingual envahi par les saprophytes buccaux et les polynucléaires. Le tissu du pédicule est plus riche en fibrilles connectives colorables en rose par la fuschine du mélange de Van Giesou, mais moins riche en cellules, en vaisseaux capillaires.

Au niveau du pédicule et autour de sa base d'implantation l'épithélium de la muqueuse linguale est considérablement épaissi, ses couches superficielles sont kératinisées et, dans le derme, on trouve de nombreux éosinophiles et de nombreux mastzellen. Entourés par une épaisse gangue scléro-adipeuse, les ganglions sterno-mastoïdiens et sous-maxillaires sont atrophiés et, bien entendu, ne contiennent pas la moindre métastase épithéliale.

Cette observation, de MM. Cunéo et Delamare, est à rapprocher de la 4^e catégorie de MM. Sabrazès et Torlais : *Granulomatosé à tendance fibreuse.*

En effet, le tissu conjonctif jeune à cellules fusiformes disposées souvent en amas denses; la richesse en vaisseaux néoformés, les petits foyers hémorragiques dans les mailles

conjonctives, les cellules de l'épithélium dégénérées dans la couche superficielle envahie par les amas de microbes saprophytes, les polynucléés, la rareté des éosinophiles et des mastzellen, l'absence des plasmazellen notés par ces deux observateurs, nous offrent bien l'image présentée par MM. Sabrazès et Torlais dans leur 4^e catégorie :

« Dans cette classe, nous ferons entrer des tumeurs formées de tissu conjonctif jeune à cellules fusiformes disposées souvent en amas denses. Ces amas sont entourés de linéaments conjonctifs émanant des vaisseaux. Ceux-ci sont très nombreux et entourés de polynucléés. Parfois même ils sont remplis de polynucléés et de lymphocytes. Ce sont en général des vaisseaux jeunes pouvant ne pas être encore complètement formés. On note dans tous les cas une infiltration très marquée de polynucléés et de lymphocytes dans toute l'étendue de la préparation.... Dans quelques cas on retrouve dans les coupes des nappes de tissu conjonctif jeune élaborant du collagène. Dans tous les cas il est fait mention au-dessous de la croûte d'une zone de cellules à noyau picotique avec désagrégation de l'éléidine, dégénérescence vacuolaire parfois, ou accumulation de débris nucléaires. On retrouve dans les préparations les amas microbiens occupant principalement la croûte périphérique. Les mastzellen et les éosinophiles sont présentes, en nombre du reste fort variable. Les cellules plasmiques sont peu abondantes, souvent même leur existence n'est pas notée. » (Torlais.)

L'extrême richesse en vaisseaux capillaires mérite d'être signalée, elle avait d'ailleurs attiré l'attention des deux observateurs qui avaient étiqueté cette tumeur : granulome télangiectasique.

OBSERVATION III.

Examen anatomo-pathologique de MM. PETGES et MOUGNEAU.

L'examen de la pièce, qui avait été considérée cliniquement d'une façon ferme comme un botryomycome et qui

avait suggéré l'idée de ce travail, est un exemple des erreurs que peut entraîner un examen de laboratoire incomplet.

La première série de coupes portait sur un bord de la tumeur, parallèlement à son axe d'implantation, et elle a fait infirmer le diagnostic de botryomycome en faveur de celui d'angio-lymphangiome par les caractères suivants :

Le corps muqueux de Malpighi présente de l'hyperacanthose, avec œdème des cellules épineuses et intercellulaire ; la basale est normale, les papilles du derme sont hypertrophiées, inégales, œdémateuses, infiltrées de petites cellules rondes à gros noyau du type lymphocyte ; un peu plus bas dans la zone sous-papillaire, il existe de nombreuses cavités lymphatiques ectasiées, avec leur paroi bordée par un endothélium plat, de dimensions variables, les unes, les plus nombreuses, petites, à lumière étroite, les autres, plus vastes, d'autres enfin formant de véritables lacs profonds, dissociant les fibres musculaires ; toutes les cavités sont remplies d'une production anhiste, avec une bordure de leucocytes poly et mononucléés. Des vaisseaux sanguins dilatés, artérioles, veinules, sont parsemés en grand nombre à côté des dilatations lymphatiques ; les veinules sont gorgées de sang.

En résumé, épithélium en hyperacanthose, œdème du derme avec aspect classique de l'angio-lymphangiome.

Nous avons donc considéré cette tumeur comme un angio-lymphangiome type simulant un botryomycome de la langue, quand M. Dubreuilh a demandé de pousser les coupes vers le centre de la tumeur. Le diagnostic de botryomycome a dès lors paru histologiquement confirmé, et dans une coupe perpendiculaire à l'axe de la tumeur et la divisant en deux, cette tumeur a présenté des caractères différents de ceux de la bordure :

Ici les préparations montrent qu'il existe surtout une infiltration de petites cellules, les unes à petit noyau rond, d'autres à noyau multiple rappelant les leucocytes polynucléés. Autour

de la zone épithéliale angio-lymphangiomateuse, il existe de nombreuses cellules analogues à celles qui forment l'ensemble du tissu, mais groupées en amas plus denses, dans lesquels dominent des cellules du type lymphocytaire ; ces mêmes cellules entourent les vaisseaux et forment des boyaux autour d'eux. Vers la périphérie, l'aspect des coupes est dominé par un tissu fibreux réticulé, dégénéré, d'aspect colloïde, dans lequel se trouve une infiltration de cellules à petits noyaux ronds, fortement colorés, avec un cytoplasme abondant ; certaines de ces cellules sont polynucléées. Dans quelques zones, les cellules à noyau rond unique sont plus abondantes ; ailleurs elles sont plus rares ; ailleurs encore le tissu est très pauvre en cellules et il n'est guère constitué que par un réseau à mailles lâches et irrégulières de tissu conjonctif. Dans les zones où les cellules rondes dominent, le tissu conjonctif paraît serré ; ailleurs il est fortement œdématié. A signaler la présence de quelques rares éosinophiles. Pas de mastzellen ni de cellules plasmatiques.

Ainsi s'éclaire le diagnostic par un examen histologique complet alors qu'il s'était égaré tout d'abord ; il s'agit bien d'un botryomycome, mais d'une structure spéciale et qui paraît pouvoir se classer dans la 5^e catégorie de MM. Sabrazès et Torlais, le *bourgeon charnu fibro-muqueux angio-lymphangiectasique œdémateux*.

OBSERVATION III.

(Examen anatomo-pathologique : FOUSSEREAU.)

La périphérie de la néoplasie montre les cellules de l'épithélium lingual en voie de nécrose ; la plupart de ces cellules sont disposées sans ordre. On voit par endroits des amas denses de polynucléés plus ou moins désorganisés, des hématies groupées le plus souvent, accompagnées de quelques lymphocytes.

Des colonies microbiennes très denses parsèment la périphérie : cocci, quelques bacilles indéterminés, avec en parti-

culier la présence de quelques cocci à l'intérieur de la tumeur.

La partie centrale est formée par une charpente conjonctive riche en cellules conjonctives. L'abondance des vaisseaux néoformés est frappante, certains ectasiés donnent par endroits l'aspect de tissu angiomateux; de même la présence de groupes de cellules allongées, à noyau en fuseau et séparées par des bandes de tissu fibreux. Les figures de karyokinèse sont nombreuses et nettes.

Le tissu fibreux augmente vers le pédicule où les vaisseaux sont moins nombreux.

Autour du pédicule, l'épithélium de la muqueuse linguale est notablement épaissi, les papilles y prennent un développement exagéré.

Cette préparation est à rapprocher de la 9^e catégorie de granulomes que MM. Sabrazès et Torlais ont décrit sous le nom de *botryomycomes à forme pseudo-fibro-sarcomateuse*.

« Dans cette dernière catégorie, nous avons réuni des tumeurs que l'on pourrait qualifier de pseudo-sarcomateuses. On les trouve constituées par des cellules conjonctives avec figures de karyokinèse des plus nettes, par des vaisseaux nombreux, néoformés pour la plupart et contenant beaucoup de polynucléés avec cela plasmocytes, mastzellen et éosinophiles abondants. Enfin on y retrouve des cellules fusiformes groupées en îlots entourés par du tissu fibreux. Au centre de ces îlots il y a souvent un vaisseau. Ces tumeurs peuvent bien être appelées pseudo-sarcomes inflammatoires » (Torlais).

Ces 3 examens corroborent donc bien les données de MM. Sabrazès et Torlais : le botryomycome n'a pas une structure toujours identique ; des aspects cliniques semblables cachent une structure différente.

Il est un point qui a attiré notre attention : c'est la présence de cellules fusiformes pseudo-sarcomateuses dont le groupement dans certains endroits de la préparation peut donner à un œil non averti l'aspect d'un sarcome fusio-

cellulaire. Et ces « cellules remarquables soit par leur multiplicité, soit par le volume de leurs noyaux qui sont ovoïdes ou quelque peu bourgeonnants » notées par MM. Cunéo et Delamare, ne pourraient-elles pas être prises également pour des cellules rondes sarcomateuses.

Ce ne sont là que suppositions, mais nous avons toujours été frappé par la bénignité absolue des sarcomes pédiculés de la langue, bénignité aussi grande que celle du simple bourgeon charnu, par l'aspect clinique identique de ces deux tumeurs, et nous pensons qu'il est permis de se demander si ce que l'on a pris pour des néoplasmes véritables n'étaient pas de simples granulomes de la 9^e catégorie de Torlais ? Chanu ne déclarait-il pas que parmi les cas publiés de sarcome de la langue quelques-uns étaient contestables.

Diagnostic.

La langue est un terrain favorable au développement des tumeurs de diverses espèces, aussi notre intention est de passer en revue dans ce chapitre toutes les affections de la langue susceptibles de rappeler par leurs caractères le botryomycome.

Ce diagnostic n'a été discuté que par MM. Chavannaz et Sabrazès dans leur travail sur les *Fibromes de la langue*. Nous pensons qu'en présence d'une tumeur de la langue saillante, pédiculée, saignante, si tout d'abord l'on doit surtout penser au cancer, il ne faut pas pour cela oublier le bourgeon charnu dont le traitement et le pronostic sont si différents de ceux du cancer.

Nous n'indiquerons pas de signes pathognomoniques ! (en existe-t-il réellement ?) mais nous noterons à propos de chaque diagnostic différentiel des signes qui, la plupart du temps, permettront de poser un diagnostic sûr.

Épithélioma.

Nous commencerons par l'étude du diagnostic du granulome avec le cancer, suivant ainsi le sage conseil de Duplay « l'épithélioma lingual doit être le pivot du diagnostic de toute tumeur linguale ». De toutes les affections dont la langue peut être le siège, le cancer n'est-il pas la plus fréquente et la plus grave.

Mais si nous pensons que méconnaître un cancer lingual entraîne pour le médecin une lourde responsabilité, nous croyons également que le malade porteur d'un vulgaire botryomycome sera reconnaissant au praticien qui, l'ayant

reconnu, lui aura évité les risques d'une opération aussi traumatisante et les angoisses d'un pronostic aussi grave.

On reconnaîtra facilement les ulcérations fongueuses, bourgeonnantes, à bords irréguliers, épaissis, déchiquetés, saignant au moindre contact, reposant sur un fond d'une dureté ligneuse, secrétant une sanie ichoreuse fétide, de l'épithélioma interstitiel, mais lorsqu'il s'agira de l'épithélioma superficiel papillaire se présentant sous la forme de végétations pédiculées, s'ulcérant par la suite et présentant alors l'aspect de tumeurs d'apparence miriforme, à teinte violacée, hémorragiques, telles que celle rapportée par Delbet à la Société de Chirurgie (Séance du 17 avril 1922), et qui, enlevée, récidiva sous forme de cancer diffus de la langue, le diagnostic sera plus difficile.

Dans l'observation rapportée par MM. Cunéo et Delamare, le botryomycome avait été pris pour un épithéliome et traité comme tel : ablation large du néoplasme et des ganglions sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens. Seul l'examen histologique a révélé sa véritable nature.

C'est avec l'épithélioma débutant qu'il faut faire le diagnostic et il faut bien savoir qu'alors les signes fonctionnels sont des plus banaux. Quand on saura que le siège d'élection de ces deux affections est le même : partie moyenne des bords de l'organe, que sa fréquence est beaucoup plus grande chez l'homme, où il atteint surtout les sujets de 40 à 60 ans, que l'engorgement ganglionnaire a été noté dans ces affections, on se rendra compte des difficultés que peut présenter pareil diagnostic. Il ne faudra pas compter non plus sur la rapidité de l'évolution : le botryomycome croît lui aussi progressivement (en quelques jours même dans l'observation II) et rapidement.

Voici cependant quelques signes différentiels que nous avons pu noter :

Dans le cancer, la muqueuse environnante est détruite, alors que dans le botryomycome seul l'épithélium du pôle

supérieur de la tumeur est détruit, la muqueuse environnante est même le siège d'une prolifération intense.

Le cancer marche vers l'ulcération, envahit la muqueuse, est mou, friable, son fond est bourgeonnant, sanieux et bien différent de cet exsudat hématique trouvé dans le botryomycome dont la surface est lisse et qui ne présente jamais cette friabilité de l'épithéliome.

Le cancer repose sur une induration épaisse, diffuse, mal limitée, alors que le bourgeon charnu repose bien par son pied sur une induration mais qui est bien limitée, bien distincte du reste de l'organe.

Il est certain que la recherche des plaques de leucoplasie préexistantes ou mieux coexistantes sera d'un grand intérêt sachant que la leucoplasie buccale est une cause prédisposante de premier ordre ; de même la connaissance d'une syphilis ancienne.

Mais si parfois le diagnostic clinique de botryomycome s'impose, diagnostic qui se fera surtout par exclusion, n'oublions pas non plus les cas, fort rares certes, où des tumeurs cliniquement semblables à des granulomes furent reconnues être au microscope de véritables épithéliomes ; aussi seul l'examen anatomo-pathologique qui *devra toujours être fait* (les erreurs précédentes ne nous engagent-elles pas à la plus élémentaire prudence) nous renseignera sur la nature même de la néoplasie extirpée, et par conséquent sur sa bénignité ou sa malignité.

Sarcome.

Contrairement au diagnostic précédent, le diagnostic du bourgeon charnu et du sarcome est loin de présenter la même importance.

Le sarcome de la langue susceptible d'être confondu avec le botryomycome, c'est-à-dire sa forme pédiculée, est une rareté dont on ne compte actuellement que 6 observations publiées. Son tableau clinique est le même que celui

du granulome. De plus, cette forme pédiculée semble avoir un pronostic particulièrement favorable, puisque les 6 observations connues ont toutes été suivies de guérison (Melchior Robert) alors que dans la forme interstitielle, beaucoup moins rare, la guérison est loin de succéder toujours à l'intervention.

Quelle différence clinique entre cette tumeur pédiculisée, à forme de champignon, à surface mamelonnée, parfois même lobulée par des sillons plus ou moins étroits, rougeâtre, saignant à l'occasion d'attouchements ou de la mastication, augmentant progressivement de volume et entourée d'une muqueuse linguale légèrement modifiée mais non atteinte et dont les signes fonctionnels se limitent à une légère gêne due seulement à son volume, sans douleurs bien caractéristiques, et le banal bourgeon charnu ? Botryomycome et sarcome restent une affection locale sans symptômes généraux.

Peut-être l'évolution du sarcome est-elle plus rapide ? En trois mois grosseur d'une noix, de six mois à un an atteint la grosseur d'un œuf, mais, dans le cas de Mercier, en huit ans il n'avait atteint que la grosseur d'une noix.

Peut-être aussi la moindre fréquence des hémorragies qui semblent plus difficiles à provoquer, la dureté plus grande du sarcome : caractères dus à sa richesse moins grande en vaisseaux.

Peut-être l'âge, le sarcome atteignant de préférence les sujets jeunes, et nous avons vu les conditions favorisantes de l'âge adulte pour le développement du granulome.

A signaler également que le symptôme douleur semble plus accusé et plus fréquemment noté dans les observations de sarcome.

Mais ce sont là des nuances bien subtiles plus que des signes cliniques nets et seul un examen anatomo-pathologique qui nous révélera la grande parenté entre le sarcome et les granulomes pseudo-sarcomateux de MM. Sabrazès et Torlais (9^e catégorie) permettra d'apporter un diagnostic

exact. Ne dissimulons pas, d'ailleurs, que cet examen ne sera pas sans difficultés pour un observateur non averti.

Angiome.

Le diagnostic avec certaines formes d'angiome circonscrit de la langue peut présenter quelques difficultés. On sait d'ailleurs que certaines formes de botryomycomes se rapprochent beaucoup de ces tumeurs érectiles. L'angiome peut apparaître à tout âge : Broca, qui croit à leur origine accidentelle, a observé leur apparition chez des vieillards de la Salpêtrière, Maisonneuve, chez les vieillards de Bicêtre.

De même que le botryomycome, il peut affecter une forme proéminente, polypeuse, sa surface peut être bosselée, notamment lorsqu'il subit la dégénérescence papillomateuse que Bryant a eu l'occasion d'observer. Il peut devenir le siège d'hémorragies abondantes et répétées, particulièrement fréquentes dans les angiomes du bord de la langue, qui s'ulcèrent par frottement sur les dents. Dans ce dernier cas, on a pu noter une adénopathie sous-maxillaire. Pour certains auteurs (Mikulicz) son siège de prédilection serait la pointe et la partie antérieure des bords.

On conçoit que, ces conditions réalisées, le diagnostic pourrait être hésitant, surtout si l'on ajoute que nous avons remarqué, dans notre observation IV, une certaine réductibilité de la tumeur, réductibilité observée également par M. le Professeur Dubreuilh sur un botryomycome de la lèvre inférieure.

Mais cependant, l'angiome de la langue se présente le plus habituellement avec des caractères bien nets : d'abord sa souplesse, sa consistance molle avec parfois la présence de petits noyaux indurés (angiolithes de Broca), ensuite sa réductibilité très notable, parfois son érectibilité

sous l'influence des efforts, cris, parfois enfin sa pulsatilité constatée par Deguise Fils et Brown.

Si l'on ajoute à ce tableau déjà si caractéristique que parfois il est possible de déceler des angiomes de voisinage : gencives, lèvres, joues, que l'angiome ne repose pas sur ce noyau induré signalé dans le botryomycome, que parfois même on voit les vaisseaux ectasiés aborder la tumeur à travers la muqueuse, nous croyons que presque toujours le diagnostic clinique sera possible.

Lymphangiome.

Signalons rapidement les lymphangiomes circonscrits que Lamarque a étudiés dans sa thèse, et dont les tumeurs limitées, saillantes, à surface mamelonnée, d'une dureté ligneuse parfois lorsqu'il s'y développe du tissu fibreux, pourraient faire penser au granulome, mais ces tumeurs ne sont pas pédiculées, elles sont recouvertes d'une muqueuse tout à fait normale, ne sont pas le siège d'hémorragie et existent dès la naissance ou apparaissent dans la première enfance.

Lipome.

Le lipome de la langue, petite tumeur se rapprochant du granulome par son siège : surtout sur les bords de l'organe près de la pointe, pédiculée parfois (ainsi que Follin, le premier, l'a observé) dont la surface peut s'ulcérer, mais très rarement, et se recouvrir alors d'enduits membrani-formes, s'en distinguera assez aisément par ses caractères essentiels qu'il doit à sa constitution anatomique : sa consistance molle, caractéristique, lobulée, sa surface recouverte par une muqueuse lisse, amincie, au travers de laquelle on aperçoit la coloration jaunâtre caractéristique.

Si l'on ajoute à ce tableau l'absence d'hémorragies, la lenteur de l'évolution, la rareté de la pédiculisation et de l'ulcération, on voit que la confusion n'est guère possible.

Papillome.

Le papillome lingual typique avec son bouquet de papilles vasculaires ramifiées, hautes, régulières, allongées, grêles, entourées d'une muqueuse souple et non indurée, son revêtement épithélial continu nous expliquant son peu de tendance à l'ulcération et aux hémorragies, sa coloration souvent blanchâtre, sa consistance dure et parfois même cornée, accompagnée quelquefois de douleurs si violentes qu'on a décrit une forme douloureuse du papillome, sera facile à reconnaître. Surtout si l'on ajoute qu'il coïncide parfois avec d'autres formations semblables : dans le cas de Fredweiler avec des papillomes du larynx, dans le cas de Rash et Variot avec des verrues des doigts. N'y a-t-il pas similitude parfaite entre ce cas et l'observation de Tussau, où nous voyons un botryomycome de la langue succéder à une néoplasie semblable du doigt !

Mais quelle différence entre le cas rapporté par M. le Professeur Berger à la Clinique Necker, 1905, cas où il s'agissait d'une tumeur à apparence de fraise, de couleur vermeille, adhérente à la face dorsale de la langue par un étroit pédicule, d'évolution rapide, à surface ulcérée, saignante, le reste de la muqueuse étant parfaitement sain, et un bourgeon charnu ? Poncet et Dor n'intitulaient-ils pas leurs premières observations de botryomycomes « papillomes inflammatoires ».

Ne nous trouvons-nous pas là également en face d'un mode de défense de l'organisme contre l'infection de même que pour le botryomycome. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que ces mêmes réactions offrent des caractères semblables.

Il ne faudra pas considérer comme simple granulome, ces papillomes qui, après une période de bénignité très grande : 17 ans dans le cas de Charier (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1908, p. 72), prennent une évolution maligne et présentent tous les caractères d'un bourgeon charnu

exubérant : induration de la base, hémorragies répétées, tendance à s'ulcérer. Mais dans ces cas il suffit d'être averti, l'histoire de la tumeur, son accroissement subit après sa longue période de repos faciliteront le diagnostic.

Fibrome.

Différencier cliniquement un botryomycome d'un fibrome de la langue peut présenter les plus grandes difficultés.

Comment se présente cette tumeur considérée autrefois comme excessivement rare (Krausswitz) mais dont Castéra, dans sa thèse, a montré la plus grande fréquence puisqu'il a pu en recueillir 24 observations.

Unique généralement, siégeant presque toujours sur la face dorsale de la langue où dans le tiers des cas il est pédiculé et parfois relié par un étroit pédicule à la langue : c'est alors le polype fibreux, d'une grosseur variable : pois à œuf d'oie (Bergmann), nous ne croyons mieux faire pour montrer son analogie avec le botryomycome que de rapporter résumée l'observation publiée par M. le Professeur Petges, dans le *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1910, page 582 :

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, ne présentant aucun trouble de la santé générale, qui a remarqué depuis quelques mois l'apparition d'une grosseur sur la langue.

On note sur le milieu du dos de la langue, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur de forme générale cylindrique, un peu aplatie « en rivet arrondi », ne provoquant aucun trouble fonctionnel, indolore spontanément et à la pression, de 1 cm. 5 de hauteur et de 1 cm. de diamètre environ, de consistance dure, uniforme, à limites nettes.

Sa face libre est dépolie et légèrement exulcérée et saignante par places ; sa circonférence est lisse, unie et entourée en partie par la muqueuse linguale à travers laquelle elle passe par un orifice arrondi et net à peine adhérent ; sa consistance est ferme.

La tumeur extra-muqueuse n'est que le prolongement d'une tumeur plus grosse, directement sous-muqueuse à sa partie moyenne, profondément implantée dans l'épaisseur de la langue. Elle a donc vaguement la forme d'un sablier.

Extirpation par le Professeur Bégouin. Guérison *per primam*. Examen A. P. : fibrome fasciculé.

Essayons de définir quelques signes différentiels que la lecture des diverses observations publiées de fibrome nous a suggérés :

La muqueuse recouvrant le fibrome est lisse, tendue ; nous n'avons pas retrouvé cet aspect mamelonné, mûri-forme du botryomycome.

Sa couleur est blanche ou rose pâle « portant parfois quelques traînées blanchâtres symptomatiques d'une hyperkératose localisée », disent MM. Chavannaz et Sabrazès, et n'a pas cet aspect rouge foncé, violacé typique du granulome.

Les hémorragies n'ont été signalées que dans deux observations de fibrome, c'est une complication très rare, d'apparition tardive, plutôt qu'un symptôme classique du fibrome. Ce caractère qui le différencie du granulome de même que le précédent résulte de la vascularisation moins riche du fibrome.

L'ulcération des fibromes est rare, « d'une façon constante on peut affirmer l'intégrité de la muqueuse tumorale » (Castéra). Nous ne l'avons trouvée relatée que 2 fois dans les 24 observations rapportées par ce même auteur et encore il s'agissait de petites ulcérations minimales, non recouvertes par cet exsudat pultacé estompant un fond rouge foncé du granulome.

Mais malgré ces signes, il faut bien dire que souvent le diagnostic sera hésitant ; en effet, les renseignements fournis par le malade, l'origine traumatique, la consistance de la tumeur, demi-molle parfois et pouvant même donner la sensation de fluctuation (cas de Poncet) comme dans

notre observation IV, l'aspect en champignon, la limitation parfaite, l'indolence, l'évolution identique, tous caractères semblables que l'on retrouve dans ces deux affections, ne permettront guère de les différencier.

Aussi répéterons-nous ce que nous avons déjà dit à propos du sarcome : seul l'examen anatomo-pathologique qui nous révèle une grande parenté entre ces deux néoformations permettra de les différencier.

Ces deux affections si semblables cliniquement acceptent la même pathogénie, ainsi que l'ont démontré MM. Chavannaz et Sabrazès, en 1907. C'est généralement, en effet, après une morsure de l'organe, que l'on voit « un granulome en être la conséquence ; il s'organise en tissu fibreux, il devient l'origine d'un fibrome. Cette pathogénie a été appliquée par l'un de nous aux tumeurs analogues de la face interne des joues ainsi qu'aux botryomycomes » (Chavannaz et Sabrazès).

Histologiquement, le rapprochement s'impose également. Certains examens microscopiques de fibromes de la langue offrent de grandes analogies avec certains botryomycomes décrits par MM. Sabrazès et Torlais. Pourquoi, résultant d'une effraction de la muqueuse, un granulome évolue-t-il tantôt vers le fibrome ou tantôt vers le botryomycome ? Sans chercher à pénétrer intimement la pathogénie de ces deux affections, qu'on nous permette quelques remarques.

Le fibrome ne siège pas sur les bords mais surtout sur la face dorsale de la langue, face non exposée aux irritations répétées des arcades dentaires comme le sont les bords ; le traumatisme occasionnel (morsure accidentelle le plus souvent) ne se répète pas, d'où la rareté extrême des ulcérations du fibrome.

Au contraire, le granulome siège sur les bords de l'organe où il est constamment irrité, en outre sa cause vulnérante provocatrice (arête dentaire le plus souvent) existe toujours.

Ces faits suffisent peut-être à expliquer l'évolution fibreuse plus lente dans le premier cas et dans le second, la septicité du milieu buccal aidant, l'évolution plus rapide vers cette véritable petite néoplasie inflammatoire : le botryomycome avec sa néoformation vasculaire intense, son infiltration leucocytaire excessive.

Syphilis.

De la syphilis aux manifestations si diverses nous ne retiendrons que les formes atypiques, certaines pouvant présenter de grandes analogies cliniques avec les granulomes.

a) *Chancre*. — Du chancre induré de la langue, siégeant le plus souvent sur le tiers antérieur de l'organe si typique dans ses formes les plus communes érosive ou ulcéreuse, nous signalerons seulement qu'il revêt parfois une forme hypertrophique, véritable chancre-tumeur, chancre épithéliomateux avec ulcération en surface et tumeur sous-jacente à cette ulcération. C'est pour des cas semblables et siégeant aux lèvres que des erreurs ont été commises et que pareils chancres furent pris pour des épithéliomes.

Mais même dans ces cas on retrouve toujours des signes qui permettront de poser le diagnostic : le chancre ne saigne pas et en outre, après s'être développé pendant une quinzaine de jours, il tend naturellement vers la cicatrisation qui arrive, il est vrai, plus tardivement dans ces formes hypertrophiques (quelques mois) que dans les formes érosives banales (quelques semaines).

b) *Syphilis secondaire*. — Les accidents secondaires, eux-aussi, peuvent prêter à confusion, surtout les formes hypertrophiques des plaques muqueuses (syphilides végétantes, en choux-fleur, verruqueuses, framboesiformes) saillantes, arrondies, à surface végétante, framboisée, suintante, avec infiltration de la base. Ces véritables papillomes vénériens

le plus souvent multiples auraient pour siège de prédilection la base d'après Maisonneuve, mais Lagneau et Bazin qui ont cité des cas de végétations linguales remarquent qu'elles naissent habituellement en un point où se trouvait primitivement un chancre ou une plaque muqueuse banale. Ces formations villeuses, dentelées, ne sont pas le siège d'hémorragies.

Bourgeon exubérant ? Non, car il y a eu roséole, micro-polyadénopathie, céphalée, quelques troubles généraux, toutes manifestations de modalité secondaire et de plus la généralisation et la dissémination des accidents cutanés feront facilement rapporter à leur véritable nature ces accidents spécifiques papillomateux ou végétants.

c) *Syphilis tertiaire*. — Les gommès tertiaires à leur période d'infiltration sont presque toujours multiples et siègent surtout sur les points de la langue où il n'y a pas de cause d'irritation. En outre, l'aspect si caractéristique de la langue creusée de sillons limitant des mamelons, l'absence d'hémorragies, leur évolution, ne les feront pas confondre.

Tuberculose.

L'ulcère tuberculeux typique ne se confondra pas avec un granuloïme : il présente bien dans certains cas des masses végétantes, mûriformes, mais ces dernières se sont élevées toujours sur de grands ulcères préexistants.

Nous avons surtout en vue cette forme de tuberculose verruqueuse ou hypertrophique de la langue dont Dainville a rapporté un cas (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1906) et dont Moutot a fait une étude complète dans sa thèse. Comment se présente donc cette lésion tuberculeuse si spéciale : sous la forme d'une plaque souvent unique, à base indurée, arrondie, polylobée parfois, siégeant surtout sur le dos de la langue, surmontée d'une élévation papillomateuse ressemblant à une verrue et parsemée d'ulcérations miliaires irrégulières. Sa base est tou-

jours entourée d'un liseré érythémateux, mais on n'y trouve jamais les grains jaunâtres.

Parfois, tel le cas rapporté par Darier, cette lésion formant une saillie très appréciable n'est pas ulcérée, sa surface est mamelonnée, de couleur rougeâtre. La lésion est ferme et d'une indolence absolue.

La coexistence d'autres manifestations tuberculeuses linguales, Dainville n'écrivait-il pas que tous les cas rapportés étaient des cas d'auto-inoculation secondaire, la présence de manifestations tuberculeuses cutanées, la recherche des antécédents, l'aspect de la lésion qui ne saigne pas, qui n'est pas pédiculée, qui siège surtout sur le dos, permettront de ne pas la confondre avec le granulome

Nous ne signalerions pas les *abcès froids de la langue*, qui sont une rareté si la saillie, unique le plus souvent, que ces derniers font à la surface de la muqueuse n'était souvent le siège d'une hypertrophie papillaire lui donnant un aspect mamelonné et formant ainsi une véritable petite tumeur saillante, d'apparence pédiculée, pouvant atteindre le volume d'une noisette ou d'une noix (cas de Gosselin) sans que les signes fonctionnels attirent particulièrement l'attention. Mais la fluctuation plus ou moins appréciable il est vrai, suivie de la phase de fistulisation avec ulcération profonde, à bords taillés à pic, accompagnées de douleurs intenses, les accidents bacillaires pulmonaires ou laryngés qui coexistent toujours, parfois même la présence de véritables ulcérations tuberculeuses linguales permettront de faire le diagnostic de cette lésion linguale très rare.

Mycoses.

La sporotrichose linguale, observée jusqu'ici très rarement, a des caractères nets qui, malgré sa tendance bourgeonnante, la distingueront aisément d'un simple bourgeon : cette lésion saillante, bourgeonnante, grisâtre, non

destructive, siège toujours à la base de la langue et est toujours associée à la sporotrichose disséminée.

L'actinomyose linguale est une lésion moins rare. Elle débute par un noyau bien circonscrit, indolore et sans modification de la muqueuse. Mais il peut proéminer sur le dos de l'organe, exceptionnellement sur les bords où, formant une petite tumeur saillante, il soulève la muqueuse plus ou moins congestionnée. D'origine traumatique, une ulcération dentaire pouvant servir de porte d'entrée du parasite (Jurinka, Claisse) de pronostic bénin, l'actinomycoce, on le voit, présente de grandes ressemblances avec le granulome. A la langue, peut-être davantage qu'en aucun autre siège, ces deux modes de défense de l'organisme vis-à-vis de l'infection : granulome et nodule actinomycosique sont à rapprocher.

Pronostic.

C'est surtout en vue du pronostic qu'il est important de faire un diagnostic exact, car autant le pronostic d'épithéliome est grave, autant celui de botryomycome est bénin.

Les quatre cas relatés ont vu leur extirpation suivie de guérison, et on n'a noté ni généralisation, ni récurrence. La cicatrice, notamment, n'a été le siège d'aucune récurrence maligne.

Que deviendraient ces tumeurs livrées à elles-mêmes ? Subiraient-elles une dégénérescence quelconque, sarcomateuse peut-être ? Il nous est impossible de le dire puisque toutes ont été traitées chirurgicalement peu de temps après leur apparition.

La fréquence et le nombre des cellules en karyokinèse, fréquence notée dans deux examens histologiques, ne tend-elle pas à prouver une évolution possible ultérieure vers la malignité ou bien n'est-elle plutôt que l'expression de la rapidité d'accroissement de cette néoplasie inflammatoire sans cesse irritée, en raison de son siège spécial ?

Traitement.

Le seul traitement qui s'impose est l'extirpation chirurgicale. Disons tout de suite qu'il faut entièrement rejeter les moyens palliatifs et incomplets : application de caustiques plus ou moins variés, ligatures.... sans action et même le plus souvent dangereux par l'infection qu'ils déterminent, par les hémorragies qu'ils provoquent, par l'irritation constante de la tumeur qu'ils entretiennent et qui ne fait que hâter son accroissement.

Cette ablation, aussi simple que celle de tout botryomycome, exige cependant l'observation de quelques précautions, nécessitées par le siège spécial du bourgeon.

S'agit-il d'une formation à pédicule grêle, véritable polype, le meilleur procédé sera la section du pédicule aux ciseaux, suivie d'une thermo-cautérisation. La thermo-cautérisation a été préconisée par MM. Chavannaz et Sabrazès pour le fibrome de la langue « en raison de la vascularisation marquée de la néoformation et de l'organe qui la porte ». On pourra faire précéder l'ablation d'un badigeonnage préalable de la muqueuse avec une solution de cocaïne.

Au contraire le pédicule court est-il massif, a-t-on nettement la sensation que la tumeur s'enfonce dans l'épaisseur de l'organe, il faut s'armer du bistouri et, avec l'aide de l'anesthésie locale (précédée si l'on veut de l'anesthésie de la muqueuse obtenue en maintenant un instant à son contact un tampon imbibé d'une solution de cocaïne), circonscrire la base d'implantation du pédicule par deux incisions semi-elliptiques ; à l'aide de pinces à traction et

de ciseaux courbes procéder rapidement à la séparation de la tumeur du reste de l'organe. 2 ou 3 crins de Florence réuniront les bords de la plaie et suffiront à faire l'hémostase. Si toutefois l'hémostase n'était pas parfaite, on pourrait recourir au procédé employé par le Professeur Chavannaz, où la plaie saignant assez abondamment pendant un quart d'heure après l'extirpation de la tumeur aux ciseaux, on arrêta cette hémorragie à l'aide d'un badigeonnage avec une solution d'adrénaline.

Dans les deux cas, il est un point sur lequel nous voulons insister : c'est la nécessité des soins pré et post-opératoires. Pendant les jours devant précéder l'extirpation, le malade fera des bains de bouche avec une solution antiseptique, afin de rendre le milieu buccal aussi peu septique que possible. Beaucoup de ces malades sont des infectés buccaux, aussi ne saurait-on trop recommander l'exacte observation de cette pratique qui évitera ainsi toute complication. Pour les soins post-opératoires, nous ne croyons mieux faire que de rapporter ceux employés par le Professeur Chavannaz pour l'extirpation des fibromes de la langue : conseiller à l'opéré de s'abstenir durant quelques heures de tout mouvement de succion et de mastication. Régime liquide. Lavage de la cavité buccale avec une solution légèrement antiseptique ($H^2 O^2$ à 3 volumes par exemple).

Etait-il vraiment utile d'insister sur tous ces détails ? Nous le pensons car nous ne nous adressons pas au Chirurgien mais au Praticien digne de ce nom, qui peut et doit faire cette petite opération simple, facile et sans dangers. L'hémostase est assurée par les sutures ou le thermocautère, l'infection évitée par l'observation stricte des soins pré et post-opératoires.

Mais là ne se bornera pas le rôle du médecin qui devra : *Toujours* examiner ou faire examiner par un laboratoire la néoplasie enlevée afin d'être bien assuré de sa bénignité.

En outre, toute bonne thérapeutique devant être avant tout causale, il dirigera le malade opéré chez le stomatologiste qui, après avoir pratiqué les extractions jugées nécessaires, les sections, les limages des arêtes vulnérantes, rectifié l'armature d'une pièce de prothèse mal ajustée, traité la pyorrhée, enlevé le tartre, donnera les conseils d'hygiène dentaire et buccale indispensables et ignorés le plus souvent du malade.

CONCLUSIONS

Le botryomycome peut siéger à la langue ; son siège d'élection est le bord de l'organe, sujet aux petits traumatismes répétés qui favorisent son éclosion.

Ses caractères cliniques : pédiculisation, aspect framboésiforme, couleur rouge foncé, tendance aux hémorragies, ne lui sont nullement spéciaux à la langue, organe où d'autres lésions peuvent présenter ces mêmes caractères.

Son origine traumatique est bien démontrée. La mauvaise dentition semble jouer un grand rôle.

Son évolution est rapide en raison de l'irritation constante.

En présence de toute tumeur à large pédicule framboésiforme, hémorragique de la langue, le diagnostic de botryomycome doit se poser. En raison des difficultés que présente son diagnostic clinique, on fera toujours suivre l'extirpation d'un examen microscopique de la tumeur enlevée.

Botryomycome et sarcome pédiculé présentent de grandes analogies.

Botryomycome et fibrome semblent résulter d'une évolution différente d'un même granulome ; l'irritation constante et l'infection favorisant l'évolution du botryomycome.

Son pronostic est bénin.

Le traitement est simple et sans complications : extirpation chirurgicale sous anesthésie locale. Le malade recevra, le cas échéant, du stomatologiste les soins nécessaires.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

Dr W. DUBREUILH.

Vu :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 22 Novembre 1922.

Le Recteur de l'Académie,

Pour le Recteur :

Le Doyen délégué,

Dr C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

Les travaux consultés sont classés suivant l'ordre adopté dans le Chapitre « Diagnostic ».

La bibliographie complète de la Botryomycose humaine et animale est faite dans le travail de Torlais.

- TORLAIS. — La Botryomycose chez l'homme et chez les animaux. (Contribution à l'étude des granulomes). *Archives franç. de Path. gén. et expér. et d'A. P.*, fasc. III, 1922, et Thèse Bordeaux, 1922.
- CUNÉO et DELAMARE. — Granulome télangiectasique de la langue. (*Bull. Soc. Anat. Paris*, 1907, p. 136.)
- TUSSAU. — Actinomycose et Botryomycose en pays Tsoul. (*Lyon chirurgical*, 1918, p. 241.)
- CHARRIER. — Tumeur de la langue ulcérée. (*Journal Médecine de Bordeaux*, 1908, p. 72.)
- DELBET. — Cancer de la langue. (*Rev. gén. Clin. et Thér.*, Paris, 1920, p. 201.)
- MONOT. — Cancer de la langue chez les jeunes. (Th. Montpellier, 1912.)
- CHANU. — Sarcome de la langue. (Thèse Paris, 1902-03.)
- LE GALL. — Angiomes de la langue. (Thèse Bordeaux, 1920.)
- LAMARQUE. — Lymphangiome de la langue. (Th. Bordeaux, 1921.)
- BERGER. — Les papillomes de la langue. (*Revue gén. Clin. et Thér.*, Paris, 1905, p. 5.)
- PERAIRE et CORNIL. — Papillome lingual. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1903, p. 788.)

- SIMON. — Papillome de la muqueuse buccale. (*Ann. Dermat. et Syphil.*, Paris, 1918.)
- SABRAZÈS. — Les polypes de la face interne des joues. (*Arch. nat. de Stomat.*, 1896, nos 1, 2, 3, et *Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 24 mai 1896.)
- CASTÉRA. — Fibromes de la langue. (Thèse Bordeaux, 1914.)
- CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — Fibromes de la langue. (*Prov. Méd.*, Paris, 1907, p. 513).
- PETGES. — Fibrome de la langue. (Société Anatomico-clinique de Bordeaux, mars 1910.)
- DE SAINT-GERMAIN. — De quelques affections chirurgicales de la langue. (*Revue mens. des malad. de l'enf.*, Paris, 1888, 316-323.)
- BONNET. — De l'Actinomyose de la langue.
- CLAISSE. — Actinomyose linguale primitive. (*Presse Méd.*, Paris, 1897, p. 143.)
- DE BEURMANN et GOUGEROT. — Les Sporotrichoses (art. Sporotrichosides muqueuses.)
- PONCET et BÉRARD. — Traité clinique de l'actinomyose humaine (art. Actino-linguale.)
- AUCHÉ et CARRIÈRE. — Contribution à l'étude des abcès froids de la langue. (*Bull. Soc. Anat. et Phys.*, Bordeaux, 1896, p. 250, 261.)
- DAINVILLE. — La tuberculose verruqueuse de la langue. (*Bull. Soc. Anat.* Paris, 1904, p. 224.)
- DARIER. — Lupus de la langue. (*Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syph.*, Paris, 1895.)
- MOUTOT. — Tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires (Thèse Lyon, 1907.)
- WITHMAN. — Abcès froids de la langue. (Thèse Paris, 1893-94.)
- AUDRY. — Sur une syphilide polypiforme de la langue. (*Arch. Méd. Toulouse*, 1895, p. 334)
- CARIVENO. — Chancre syphilitique de la langue. (Th. Paris, 1905.)
- LAGNEAU. — Tumeurs syphilitiques de la langue. (*Gaz. hebd. Méd.*, Paris, 1899.)

GOUGEROT. — La Syphilis en clientèle, 1918.

PETGES et CHAMINADE. — Chancre induré de la langue. (*Journal Méd. de Bordeaux*, 1912, p. 203.)

VIDAL. — Chancre de la langue. (*Ann. Dermat. et Syph.*, Paris, 1889, p. 213.)

BROCA. — Maladies de la langue. (In *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus.*)

BUTLIN. — Maladies de la langue. (Traduct. de Beregszaszy, 1887.)

LE DENTU et DELBET. — *Traité de chir. clinique et opératoire*, VI.

PONT. — *Précis des maladies des dents et de la bouche*, 1921, page 240.

